

Література.

1. Авакян Г. Н., Аксенова М. Г., Бадалян О. А. Неэффективность противоэpileптической терапии. Основные причины и возможные пути ее преодоления // Журнал неврологии и психиатрии. Приложение. Эпилепсия. — 2008. — № 2. — С. 40-42.
2. Агранович О. В. Анализ некоторых социальных аспектов проблемы эпилепсии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2010. — № 5. — С. 28-30.
3. Бурчинский, С. Г. Возможности антиконвульсантов нового поколения в фармакотерапии эпилепсии // Український вісник психоневрології. — 2008. — № 2. — С. 5-9.
4. Дубенко А. Є. Стан енергетичного обміну у хворих епілепсією, його роль у патогенезі захворювання та спрямована медикаментозна корекція : Автореферат... д. мед. наук, спец.: 14.01.15 - нервові хвороби / А. Є. Дубенко. — Х. : МОЗ України Харківська мед. акад. післядипломної освіти, 2001. — 34 с.
5. Дубенко А. Е. Литовченко Т.А. Концепция патогенетической терапии эпилепсии восстанавливающими энергетический обмен препаратами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — № 102 (7). — С. 25-31.
6. Ермаков А. Ю., Кордонская И. С. Эпилептический и неэпилептический миоклонус у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2008. — № 3. — С. 92-99.
7. Желіба Л. М. Вітамінне забезпечення хворих епілепсією дитячого та юнацького віку при лікуванні їх антиконвульсантами : Автореферат... к. мед. наук, спец.: 14.01.15 - нервові хвороби / Л. М. Желіба. — К. : МОЗ України Київська мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, 2002. — 21 с.
8. Зенков Л. Р. Клиническая эпилептология. — М.: МИА, 2002. — 415 с.
9. Карлов, В. А. Фармакорезистентность и толерантность при эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 10. — С. 75-80.
10. Літовченко Т. А. Характер метаболічних порушень і обґрунтування патогенетичної терапії при епілепсії : Автореферат... к. мед. наук, спец.: 14.01.15 - нервові хвороби — К. : МОЗ України Київська мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, 2005. — 38 с.

УДК 616.126.42-053.2/5

Г. С. Попік, Г. О. Данильчук, Г. В. Корнован, Н. В. Шишкіна, Л. Д. Колобанова

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ І ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЧАСТО ХВОРЮЮЧИХ ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Одеський національний медичний університет

Реферат. Г. С. Попік, Г. А. Данильчук, Г. В. Корнован, Н. В. Шишкіна, Л. Д. Колобанова. **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.** Обследовано 116 часто болеющих детей с ПМК. Проведено исследование сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы, крови. Установлено, что у часто болеющих детей с ПМК отмечаются выраженные функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой и вегетативной

нервной системы. Сделаны выводы о необходимости проведения эффективных терапевтических мероприятий и диспансерного наблюдения часто болеющих детей с ПМК с целью предупреждения прогрессирования ПМК и возникновения осложнений.

Ключевые слова: митральный клапан, пролапс, дети

Реферат. Г. С. Попік, Г. О. Данильчук, Г. В. Корнован, Н. В. Шишкіна, Л. Д. Колобанова **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ І ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.** Обстежено 116 часто хворіючих дітей з ПМК. Проведено дослідження серцево-судинної і вегетативної нервової системи, крові. Встановлено, що у часто хворіючих дітей з ПМК відмічаються виражені функціональні зміни з боку серцево-судинної і вегетативної нервової системи. Зроблені висновки про необхідність проведення ефективних терапевтичних заходів і диспансерного спостереження часто хворіючих дітей з ПМК з метою попередження прогресування ПМК і виникнення ускладнень.

Ключові слова: мітральний клапан, пролапс, діти

Пролапс мітрального клапана (ПМК) є однією з найбільш поширених і клінічно значущих аномалій клапанного апарату серця і спостерігається в різних популяціях від 4 до 22,5 % дітей (1,2,3). Актуальність проблеми ПМК зумовлена не лише його широкою розповсюдженістю, але й тим, що при ПМК великий ризик розвитку наступних ускладнень: кардіальних дізритмій, інфекційного ендокардиту, тромбоемболії, а також синдрому раптової смерті у молодому віці (2,4). Фактором ризику розвитку ускладнень з боку серця, особливо у дітей, що часто хворіють, з ПМК, є хронічні вогнища інфекції. Дані статистики свідчать, що в дитячому і підлітковому віці реєструється висока захворюваність гострі респіраторні інфекції, хронічний тонзиліт, хронічний аденоїдит, які сприяють морфо-функціональним змінам серцево-судинної системи, особливо у дітей з ПМК (5,6). У теперішній час залишається недостатньо вивченим стан серцево-судинної і вегетативно-нервової системи у часто хворіючих дітей з ПМК.

Метою наших досліджень було вивчення функціонального стану серцево-судинної і вегетативно-нервової системи у часто хворіючих дітей з ПМК.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням перебувало 116 дітей с ПМК, що часто хворіють, у віці від 6 до 16 років, серед них хлопчиків було 65 (56,1%), дівчаток – 51 (43,9%). Дослідження проводилися на базі клінічного санаторію ім. В. Чкалова м.Одеса. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, що містить аналіз скарг, даних анамнезу хвороби і життя, об'єктивних даних, у тому числі наявність фенотипних ознак дисплазії сполучної тканини, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові і сечі, біохімічні показники крові: С-реактивний протеїн, а також визначення активності креатинфосфокінази). Усім хворим проведена реєстрація ЕКГ у 12 стандартних відведеннях, доплерокардіографії з підрахунком основних показників кардіогемодинаміки, дослідження варіабельності серцевого ритма.

Обробку отриманих результатів виконували з використанням методів варіаційної статистики. Статистичні розрахунки проводили за програмою Excel-97 із застосуванням багатофакторного кореляційного та регресійного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі діти незалежно від ступеня тяжкості ПМК пред'являли практично однотипні скарги, варіабельність яких змінювалася в залежності від ступеня вегетативних порушень. Відзначалися біль і важкість у області серця – 85 дітей (73,3 %), головний біль – у 54 дітей (46,6 %), відчуття нестачі повітря – 12 дітей (10,3 %), запаморочення – 26 дітей (22,4 %). У частини дітей спостерігалися пароксизмальні стани – 23 дітей (19,8 %), які проявлялися атиповим нападом задухи, переважно після фізичного навантаження і психоемоційного напруження. Ці стани у дітей з вираженим ПМК частіше реєструвалися у дітей з ваготонічним складом вегетативної нервової системи і вважались вегетативними кризами. Нерідко у таких пацієнтів в катамнезі відзначалися синкопальні стани.

Серед обстежених дітей з ПМК 63 дитини хворіли 4-6 разів в рік, 37 дітей – 6-8 разів в рік, 16 дітей більше 8 разів в рік. Серед хронічних захворювань у дітей з ПМК переважав хронічний тонзиліт (у 73,5 % випадків).

Як відомо, ПМК є одним із проявів дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Нами встановлено, що в 54 (46,6%) хворих спостерігалися різні зовнішні фенотипні ознаки ДСТ: найчастіше зустрічалась астенічна конституція – у 56,7% випадків; понижене харчування – у 65,1%; сколіоз, деформація грудної клітини – у 65,3%,; плоскостопість – у 47,2% хворих; аномалії рефракції – у 21,6% дітей. Фенотипні ознаки дисплазії сполучної тканини внутрішніх органів при ПМК частіше виявлялись у серці. Найбільш часто спостерігалися додаткові хорди - 26,2% .

Для дітей з ПМК характерна артеріальна гіпотензія (56,7%), лабільний тиск із схильністю до гіпотензії виявлено у 23,5% дітей.

Аналіз даних ЕКГ виявив у 86 пацієнтів (74,1%) різні електрокардіографічні порушення. Серед номотопних порушень ритму серця найбільш частіше зустрічалась синусова тахікардія (у 34,7% дітей). Серед інших порушень ритму серця для дітей з ПМК характерні надшлуночкова та шлуночкові екстрасистоля (8,9%). Синдром ранньої реполяризації та неповна блокада ніжки пучка Гіса спостерігалися у 67,8% дітей з ПМК. У дітей, що часто хворіють, були виявлені обмінні порушення і гіпоксичні зміни.

Згідно з даними ехокардіографічного дослідження, в залежності від ступеня тяжкості ПМК, достовірно частіше зустрічався ПМК 1-го ступеня і реєструвався у 105 дітей (90,5 %), рідше виявлявся ПМК 2-го ступеня - у 10 дітей (8,6%), 3-го ступеня - у 1 дитини (0,86 %). Мітральна регургітація (МР) спостерігалася в 36,1% випадків. Переважала МР I ступеня – 73,8%. МР II ступеня складала 23,8%, III ступеня – 2,4%.

Проведене ехокардіографічне обстеження виявило у дітей всіх вікових груп у порівнянні з контрольними тільки тенденцію до збільшення розміру і маси міокарда лівого шлуночка. Аналіз показників центральної гемодинаміки у обстежених дітей виявив зниження хвилинного об'єму крові, ударного об'єму серця, кінцево-діастолічного об'єму.

Дослідження показників варіабельності серцевого ритма (ВСР), які дають змогу судити про стан тону парасимпатичного і симпатичного відділів вегетативної нервової системи, виявило дисбаланс вегетативної системи (у 72% дітей). Аналіз результатів дослідження свідчить, що у 76 дітей з ПМК спостерігається вірогідне зниження показників SDNN, rMSSD та rNN50 порівняно до показників, отриманих у здорових дітей. Варто наголосити, що зниження показників статистичного аналізу ВСР є ознакою переваження симпатичного впливу. У 30 дітей за даними часового спектрального аналізу ВСР визначається підвищена активність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Нормальні показники ВСР були виявлені у 10 дітей з ПМК.

Значним маркером ушкодження мембран кардіоміоцитів є підвищення в крові рівня кардіоспецифічного ферменту – креатинфосфокінази. Слід зазначити, що не у всіх дітей з ПМК, що часто хворіють, рівень креатинфосфокінази перевищував нормативні значення, проте середній рівень ферменту був вищим за нормальні показники і становив 25,77 ОД/л.

Висновки

1. У дітей з ПМК, що часто хворіють, спостерігається вегетативна дисфункція з перевагою активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи.
2. У часто хворіючих дітей з ПМК виявлена початкова стадія діастолічної дисфункції, що свідчить про порушення релаксацийних властивостей міокарда.
3. У дітей, що часто хворіють, пролапс мітрального клапана в 74,1% супроводжується різними електрокардіографічними змінами: синдромом порушення ритму серця і провідності.
4. Отримані нами дані обумовлюють необхідність проведення ефективних терапевтичних заходів та диспансерного спостереження часто хворіючих дітей з ПМК з метою попередження прогресування ПМК та виникнення ускладнень.

Література

1. Белозеров Ю. М., Гнусаев С. Ф. Проплапс митрального клапана у детей .- М.: Мартис, 1995.- 120с.
2. Беляева Л. М., Хрусталева Е. К. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков.- Минск, 1999. – 300 с.

3. Мартынов А. И., Степура О. Б., Остроумова О. Д. Пролапс митрального клапана. Фенотипические особенности и клинические проявления//Кардиология. – 2000.-№1. – С.72 –78.
4. Земцовский Э. В. Диспластические синдромы и фенотипы. Диспластическое сердце - СПб.: «Ольга», 2007.- 80 с.
5. Казак С. С. Вторичные кардиомиопатии у детей и подростков: взгляд на проблему // Новости медицины и фармации.-2005.-№6.-С 19-22.
6. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия –М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.- 192 с.

УДК 616.379-008.64:615.35

С. Ю. Могілевський, О. Л. Чуйко

ЭФЕКТИВНОСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОФЕРМЕНТНОЇ ФОРМИ ВІТАМІНУ В6 В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ НЕПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ: 6 МІСЯЦІВ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України

Реферат. С. Ю. Могилевский, А. Л. Чуйко. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОФЕРМЕНТНОЙ ФОРМЫ ВИТАМИНА В6 В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ: 6 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЙ.** Цель – изучить эффективность применения коферментной формы витамина В6 в комплексе лечения непролиферативной диабетической ретинопатии. Под наблюдением находилось 60 пациентов. Основная группа – 31 пациент получали внутрь препарат «Кардонат» (коферментная форма витамина В6 – пиридоксаль-5-фосфат) по 2 таблетки 3 раза в день в течение месяца и внутримышечно «Пиридоксина гидрохлорид» по 2 мл (100 мг) 1 раз в день. Срок наблюдения 6 месяцев. В основной группе острота зрения не снизилась на 58 глазах (99,66%), снизилась на 0,1 – на 2 глазах (3,34%). На 58 глазах с сохраненной остротой зрения развития ретинопатии установлено не было. На 2 глазах определялось прогрессирование ДР. В контрольной группе острота зрения не изменилась на 53 глазах (91,38%), снизилась – на 5 глазах (8,62%).

Ключевые слова: коферментная форма витамина В6, непролиферативная диабетическая ретинопатия

Реферат. С. Ю. Могілевський, О. Л. Чуйко. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОФЕРМЕНТНОЇ ФОРМИ ВІТАМІНУ В6 В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ НЕПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ: 6 МІСЯЦІВ СПОСТЕРЕЖЕНЬ.** Мета – вивчити ефективність застосування коферментної форми вітаміну В6 в комплексі лікування непролиферативної діабетичної ретинопатії. Під наглядом знаходилося 60 пацієнтів. Основна група – 31 пацієнт отримували внутрішньо препарат «Кардонат» (коферментна форма вітаміну В6 – піридоксаль-5-фосфат) по 2 пігулки 3 рази на день на протязі місяця і внутрішньом'язово «Піридоксина гідрохлорид» по 2 мл (100 мг) 1 раз на день. Строк спостереження 6 місяців. В основній групі гострота зору не знизилась на 58 очах (99,66%), знизилась на 0,1 – на 2 очах (3,34%). На 58 очах зі